

【送付日】 令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 障害福祉係 行

開設者
住所
氏名

障害福祉サービス費等支払決定額通知書等の再発行依頼書

下記の事由により、障害福祉サービス費等支払決定額通知書等の再発行を依頼します。

記

1	事業所番号	0	7								
2	事業所名										
3	再発行審査年月	(単月の場合)		年	月	審査分					
		(複数月の場合)		年	月	審査分～	月	審査分			
4	再発行帳票	再発行希望帳票に ○をつけてください	障害福祉サービス費等支払決定額通知書								
			障害福祉サービス費等支払決定額内訳書								
			福祉・介護職員処遇改善（特別）加算総額のお知らせ								
			返戻等一覧表								
	その他の帳票を再発行希望の場合 (右枠に帳票名を記載してください)										
5	再発行事由 (必須)										
6	送付先	(宛先)									
	<small>※開設者または事業所の住所以外には送付できません （不明な場合には、本会へ御連絡ください）</small>	(住所)									
7	担当者名										
8	連絡先電話番号										

※再発行の通知書等は6の送付先に郵送させていただきます。

当該発送分の費用は御依頼主様側にて御負担していただくこととなります。

恐れ入りますが、**着払**にて発送させていただきますので御留意ください。

連絡先・送付先

TEL=024-523-2822・FAX=024-528-0989